

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N^o 1185

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert - Gabriel VINCENT

Né le 3 Juillet 1915, à Ajaccio (Corse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE DE L'OREILLE

Président : M. CHEVASSU, Professeur

ROUEN

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU JOURNAL DE ROUEN

6, rue de l'Hôpital, 6

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert - Gabriel VINCENT

Né le 3 Juillet 1915, à Ajaccio (Corse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE DE L'OREILLE

Président : M. CHEVASSU, Professeur

ROUEN

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU JOURNAL DE ROUEN

6, rue de l'Hôpital, 6

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU

I. -- PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale.....	Léon BINET.
Chimie médicale.....	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	ABRAMI.
Anatomie pathologique.....	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale.....	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	HARVIER.
Médecine légale.....	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL - LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
	LOEPEL.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale.....	N..
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES...	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES....	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY....	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGRAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR . VAL-			
LERY-RADOT .			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma tendre
affection.*

A MON FRERE

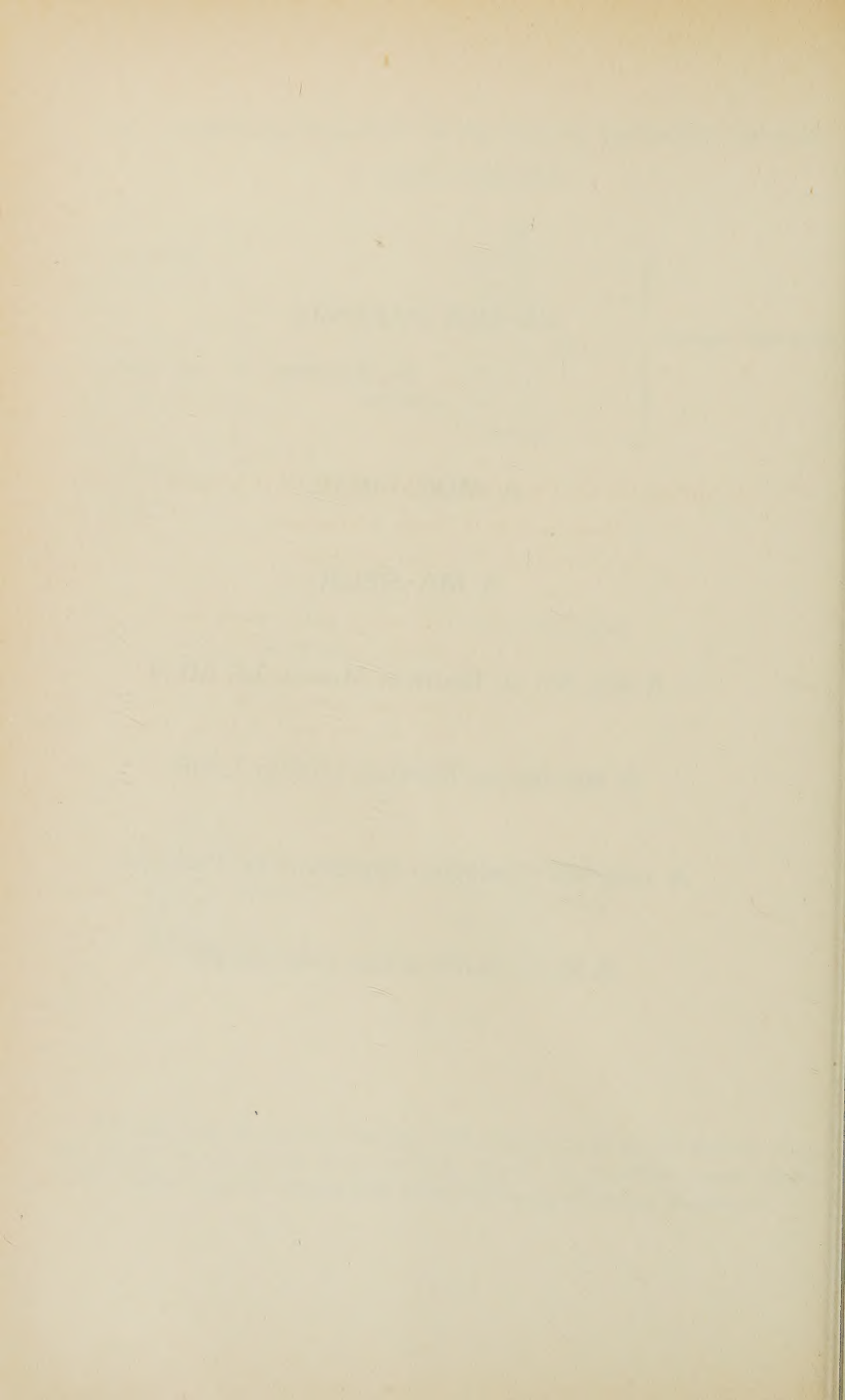
A MA SŒUR

A MON AMI LE DOCTEUR MICHEL LE MEN

A MON AMI LE DOCTEUR HUBERT LAIR

A TOUS MES CAMARADES ROUENNAIS ET PARISIENS

A M. LE DOCTEUR GUY BACHELIN



A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE CHEVASSU

Professeur de Clinique Urologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
de présider cette thèse.*

*Avec nos sentiments de respectueuse
et profonde gratitude, et le regret
d'avoir été trop peu de temps, bien
malgré nous, son Externe.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Externat

- 1934-1935. MONSIEUR LE DOCTEUR DUPREY, médecin des Hôpitaux.

Nous fîmes dans son Service nos premiers pas médicaux.

- 1935-1936. MONSIEUR LE DOCTEUR LECAPLAIN, médecin des Hôpitaux (*in memoriam*).

Il nous inculqua les premiers éléments de la médecine infantile.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESSAINT, chirurgien des Hôpitaux, commandeur de la Légion d'Honneur.

Son attention fut toujours en éveil à notre égard. Que le Soldat trouve ici l'expression de notre admiration!

- 1936-1937. MONSIEUR LE DOCTEUR PIERSON, médecin des Hôpitaux.

Il nous enseigna des notions solides, précises, pratiques.

Il nous témoigna toujours la plus grande bienveillance.

MONSIEUR LE DOCTEUR LACROIX, ophtalmologiste des Hôpitaux.

Quelques mois passés dans son Service nous initièrent aux mystères de l'ophtalmologie.

Internat

1937-1938. MONSIEUR LE DOCTEUR JOUSSEAUME, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux, professeur à l'Ecole de Médecine.

Il nous soutint toujours de ses conseils et de sa bienveillance. Il nous encouragea sans cesse dans les bons et mauvais jours. Il nous inspira le sujet de ce travail. Nous lui devons énormément.

1939. MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS NÉE, médecin des Hôpitaux, directeur de l'Ecole de Médecine.

Il nous réserva le meilleur accueil dans son Service. Il nous apprit la simplicité et le bon sens dans la Médecine. Trop peu de mois passés à ses côtés nous furent pourtant précieux pour l'avenir.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

1939. MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE CHEVASSU, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des Hôpitaux.

Témoignage de haute reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FL. COSTE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux.

En témoignage de notre admiration.

A NOS MAITRES INTERIMAIRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES PETIT.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.-B. ANDRIEU.

MONSIEUR LE DOCTEUR REVERSE.

A NOS CONFERENCIERS D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS FLEURY, HECART,
STEWART.

*En témoignage de reconnaissance
pour l'enseignement théorique et les
conseils personnels qu'ils ne cessèrent
de nous prodiguer.*

A NOS CONFERENCIERS DES HOPITAUX
DE PARIS

MESSIEURS LES DOCTEURS LA MOTTE,
THOMERET

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale étant donné le temps relativement court dont nous avons disposé pour faire cette thèse et les circonstances dans lesquelles elle a été écrite.

Durant notre passage dans le Service d'O. R. L. des Hôpitaux de Rouen, nous avons pu examiner, sous la bienveillante direction de notre maître, le Docteur JOUSSEAUME, de nombreux tuberculeux pulmonaires avérés qui présentaient des otites chroniques intarissables ne modifiant d'ailleurs pas sensiblement l'évolution de leur tuberculose pulmonaire, des enfants souvent très jeunes qui présentaient des signes de mastoïdite justifiant une intervention d'urgence et dont la plaie opératoire était longue à refermer et chez qui persistait, durant de longues semaines, une suppuration fétide bien particulière quasi intarissable.

Il nous est donc apparu intéressant de grouper tous ces faits, de les éclairer à la faveur de faits nouveaux, de rechercher une idée directrice, une hypothèse au sens philosophique du mot permettant de les lier. Notre thèse s'est largement inspirée sur ce point de l'excellent rapport fait par MM. COLLET et MAYOUX, au Congrès de 1938 de la Société Française d'O. R. L. Ces auteurs nous ont grandement facilité notre tâche. Il nous ont apporté, par leur

exposé clair et détaillé, en même temps que par les auteurs qu'ils nous invitent à consulter, des notions nouvelles qu'il semble vraiment logique d'admettre.

Nous étudierons donc la tuberculose de l'oreille externe, de l'oreille moyenne, la pathogénie de cette tuberculose. Nous verrons quel traitement on peut lui opposer.

Tuberculose de l'oreille externe

Nous adopterons la classification de Gradenigo en :

lupus maculeux ou érythémateux,
tuberculose nodulaire,
périchondrite.

Accessoirement : Ulcération cutanée et tumeur bénigne.

LE LUPUS. — Il est rarement isolé, rarement primitif (Politzer). Il est le plus souvent localisé à la partie antérieure de l'oreille; d'autres fois, il s'étend au lobule et prend la grosseur d'une noix. L'atteinte ganglionnaire est de règle (rétro-auriculaire, sous-angulo-maxillaire). Parfois, l'extension se fait en profondeur avec destruction des cartilages. Viollet a présenté le cas et la guérison d'un de ces lupus survenu chez un homme de cinquante-quatre ans, la lésion s'étant cicatrisée. Si l'extension se fait au conduit auditif externe, on a alors une sténose qui résiste le plus souvent au traitement opératoire. Le diagnostic de lupus est difficile au début et pourtant il est utile de le faire à cette période. On aura recours à la vitropression qui n'efface pas les nodules. Le prurit et les lésions de grattage qui en découlent peuvent donner lieu à de nouvelles inoculations. Notons enfin l'influence favorable de la photothérapie et de l'héliothérapie sur ces lésions.

Le lupus érythémateux est plus rare. Il coexiste en général avec celui de la face. Il évolue vers l'atrophie cicatricielle sans ulcération. Il consiste en plaques arrondies lenticulaires. Celles-ci se fusionnent en une plaque cicatricielle au centre, rouge sur les bords. La plaque s'étend de la tempe à l'oreille. Le pavillon de l'oreille devient dur comme du cuir. Cette forme de lupus est, le plus souvent, associée à la tuberculose pulmonaire.

On lui opposera un traitement par la teinture d'iode, l'ichtyol, la haute fréquence.

Nous étudierons plus loin le lupus de l'oreille moyenne qui est tout autre chose.

LA TUBERCULOSE ULCEREUSE. — Elle marque une prédilection pour le lobule de l'oreille, que le lupus respecte en général. HEYMANN prétend qu'elle est le résultat d'une inoculation locale (perforation par boucles d'oreilles). L'évolution est lente, sauf si elle survient chez un phtisique invéré. On notera la présence d'une adénopathie de voisinage.

HAY a décrit une forme circonscrite chez une jeune fille de vingt-deux ans. C'était une tumeur du lobule subissant des alternatives d'accroissement et de diminution; il n'y avait pas de traces d'ulcération, ni cicatrices, ni ganglions. En un mot, aucun caractère de tuberculose, et pourtant l'examen histologique révéla la nature tuberculeuse de la tumeur.

PERICHONDRITE TUBERCULEUSE. — C'est une rareté. Elle se rencontre dans le jeune âge. On a le plus souvent la notion d'une tuberculose antérieure et d'un trau-

matisme du pavillon. Le début se fait au niveau de la conque ou du conduit cartilagineux. Il est lent, apyrétique, insidieux. On voit apparaître des élevures boudinées sur la face antérieure de l'oreille, très différentes par leur consistance de la périchondrite banale. On ne note pas, en effet, de fluctuation : la tumeur n'est pas ici ramollie, il n'y a que des traces d'un pus séro-grumeleux.

Lupus de l'oreille moyenne

Il n'a aucun rapport avec la forme de lupus que nous venons d'étudier. Son origine est ici nasale ou pharyngée. Nous n'en prendrons pour exemple que la statistique de PLUM (sur soixante-trois malades atteints de lupus du nez, trente-trois avaient un lupus de l'oreille). Ce sont, le plus souvent, des sujets ayant des lupus des muqueuses et non des lupus cutanés. La forme lupique de la tuberculose de l'oreille ne s'accompagne jamais de paralysie faciale.

PLUM a insisté sur la faible virulence du bacille tuberculeux dans ses formes; il est, en effet, incapable de tuberculiser le cobaye.

Le lupus de l'oreille moyenne comprend des nodules sous-épithéliaux qui se rassemblent et ulcèrent la muqueuse de la caisse, mais n'attaquent jamais l'os, contrairement à la tuberculose ulcéro-infiltrante vulgaire.

Cliniquement, c'est une otorrhée chronique avec sécrétion peu abondante. On note des alternatives d'acuité et de guérison apparente. En somme, c'est une otorrhée chronique, sauf le cas exceptionnel, où le lupus ayant perforé le tympan, se propage au niveau du conduit auditif externe; mais le lupus du conduit auditif externe, rare d'ailleurs, n'en reste pas moins généralement consécutif à un lupus du pavillon.

Etiologie. — L'otite moyenne tuberculeuse survient chez les tuberculeux avérés ou chez des malades exempts de tuberculose.

1° Chez des tuberculeux pulmonaires. Il s'agit de tuberculeux avancés, surtout en milieu hospitalier, plus qu'en sanatorium. Ces otites ne sont pas toutes dues aux bacilles de Koch : 60 % si l'on prend la statistique LERMOYEZ. Elles surviennent chez l'adulte, mais TERRACOL signale un cas chez un enfant de deux ans;

2° En dehors de la tuberculose pulmonaire, les otites tuberculeuses sont ici plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte. Quant aux antécédents, on ne note pas d'autre manifestation tuberculeuse, mais parfois on retrouve une tuberculose pulmonaire chez les parents. Donc, pas de foyer antérieur tuberculeux, en règle (sauf une ostéoarthrite tuberculeuse du poignet signalée dans la thèse de CRÉTÉ).

Quant à la fréquence de l'otite tuberculeuse, il existe de grandes divergences sur les auteurs. On fondera ce diagnostic sur l'examen bactériologique et sur l'inoculation à l'animal; non sur une impression clinique. Dans son rapport, COLLET trouve, sur cent inoculations de fongosités, quatorze positives. Mais il remarque qu'il s'agit là d'otomastoïdites beaucoup plus fréquemment tuberculeuses que les otites simples. Il se base sur le chiffre de 2 % de tuberculose dans les otites, ce qui n'en donne pas moins un chiffre élevé de tuberculose, étant donné la fréquence même des otites.

Anatomie pathologique. — Le début se fait par la muqueuse et non par l'or. Les lésions muqueuses sont simples et

BRIEGER distingue dans sa classification une forme lupique, une forme infiltrante, une forme nécrosante. Nous décrivons ces formes à l'examen otoscopique.

Plus intéressantes sont les lésions osseuses, en raison de leur gravité et de leur caractère extensif. Quoi qu'il en soit, la lésion débute par la muqueuse, puis se propage à l'os (tissu conjonctif intraosseux). Enfin, il y a nécrose par le double processus de l'oblitération vasculaire et de la propagation des toxines. Ajoutons que c'est une otite mixte, où cohabitent les B. K. et les pyogènes.

L'infiltration tuberculeuse aboutit à la caséification. S'il y a obstruction d'un tronc artériel important, on observera alors des séquestres d'aspect infractoïde cunéiforme. On note aussi un aspect d'ostéite fongueuse. Mais ce sont des fongosités pâles, bourrées de tubercules, de masses caséeuses bien différentes des fongosités rouges et de l'hyperostose des ostéites fongueuses banales. Ces trois formes (infiltrante, nécrose osseuse, fongosité) coexistent le plus souvent et suivant la prédominance d'un des processus sur les deux autres, on conçoit la diversité des formes cliniques décrites.

Quelle est l'évolution de ces lésions?

Muqueuses, elles le resteront longtemps; mais dès que l'os est atteint, l'extension devient alors rapide, marquant une prédilection particulière pour le rocher. Pour PORTMANN et KISTLER, la méninge est pourtant respectée.

Anatomie pathologique microscopique. Dans le traité des maladies de l'oreille de POLITZER, on relève deux figures caractéristiques.

a) Une coupe de la paroi interne de la caisse chez une femme souffrant d'une suppuration profonde de l'oreille moyenne droite. Sur cette coupe, on note un amincissement allant par endroits jusqu'à la disparition de la muqueuse, un os dénudé dont on différencie nettement la structure de celle du limaçon sous-jacent présentant les signes de l'inflammation ;

b) Une membrane tympanique perforée chez un tuberculeux, montrant des excroissances villeuses.

PORTMANN et KISTLER donnent une bonne description histologique, montrant successivement l'infiltration tuberculeuse de la muqueuse, sa métamorphose régressive avec nécrose : ulcération, mise à nu de l'os, résorption lacunaire de l'os, suivie de nécrose.

On distinguera l'atteinte du tympan qui aboutit à sa disparition de celle de la muqueuse de la caisse qui aboutit à la dénudation de l'os.

La dure-mère en raison de sa faible vascularisation, oppose une barrière quasi infranchissable à la propagation des lésions. Les organes contenus dans l'oreille participent à la destruction : le muscle du marteau devient du tissu scléreux, l'érosion du promontoire ouvre la voie à l'invasion du labyrinthe. Les cas de guérison seraient rares, selon SCHWARTZ, car « la puissance destructive du virus l'emporte sur les productions protectrices de l'inflammation formative. »

Intéressants les cas d'atteinte du nerf auditif qui aboutissent à sa destruction ou à son atrophie en cas de guérison.

Etude clinique. — L'allure en est bien différente suivant qu'il y a ou non atteinte pulmonaire concomitante :

a) Chez les tuberculeux pulmonaires, l'aspect clinique est bien connu. Le malade constate un écoulement auriculaire apparu sans douleur, sans fièvre, sans cause rhino-pharyngée. Son audition a baissé. L'évolution est, le plus souvent, torpide. D'autres fois, elle est rapidement grave. Il se surajoute alors des lésions d'ostéite nécrosante avec paralysie faciale, labyrinthite, pétrosite, otorragie carotidienne. Mais signalons la rareté de l'invasion intracranienne. Le diagnostic de ces otites est généralement facile. On n'a guère de traitement à leur opposer ;

b) En dehors de la tuberculose pulmonaire, elle se confond avec l'otite banale. On note un épisode rhino-pharyngé. L'évolution est aiguë, douloureuse, fébrile. L'audition est peu touchée. Les complications sont rares. Par contre, on devra craindre le passage à la chronicité et la mastoïdite : celle-ci guérit bien, soulignons-le, à l'intervention chirurgicale, ce qui explique qu'elle est le plus souvent méconnue. La plaie opératoire elle-même se cicatrise facilement.

I. — SYMPTOMES DE LA TUBERCULOSE DE L'OREILLE MOYENNE CHEZ LES TUBERCULEUX PULMONAIRES

Nous avons la forme lupique, mais c'est le lupus de l'oreille moyenne déjà décrit.

Une forme infiltrante décrite par JORGEN MOELLER. La gêne de l'audition et les bruits subjectifs attirent d'emblée

l'attention de ces malades. Leur tympan est épaissi, dépoli, congestionné. On peut observer ou non une ligne d'exsudat, selon le degré plus ou moins intense de l'épaississement du tympan. Puis survient la perforation avec un faible écoulement séro-purulent et l'ouverture se ferme en général, laissant derrière elle une cicatrice déprimée. Parfois, l'évolution se fait vers le type adhésif (rétraction du marteau avec une membrane qui apparaît comme collée au promontoire). En somme, cette forme d'otite réalise ce que LERMOYEZ a appelé la pleurésie de l'oreille. Elle peut n'être que le premier stade de la forme suivante dite « ulcérovégétante ».

Au début, au stade de simple gêne fonctionnelle, c'est l'image otoscopique de l'otite catarrhale subaiguë, puis on assiste à un gonflement du tympan avec enfouissement progressif du manche du marteau. Le tympan prend une teinte jaunâtre, mate, caractéristique. La guérison peut se faire ou bien survient la perforation avec apparition de l'écoulement. On ne pratiquera pas, selon BLEGVAD, de Copenhague, la paracenthèse qui ne servirait qu'à apporter l'infection secondaire des pyogènes banaux.

Quant à la forme ulcéro-végétante, elle a un début insidieux. Elle se manifeste comme une otorrhée chronique d'emblée. Elle n'a pas le début des otorrhées chroniques banales. Cette forme d'otite n'est pas douloureuse, car elle ne s'accompagne pas de la vasodilatation des otites à pyogènes. La quantité de l'otorrhée est très variable; pour sa couleur, on rencontre rarement du sang, sauf les cas où l'apparition de ce dernier précède et annonce l'otorrhée carotidienne. Sa fluidité est variable, pouvant aller jusqu'à la consistance grumeleuse. On ne note pas de fétidité, sauf si on n'a pas pris

les précautions antiseptiques. Au point de vue fonctionnel, c'est avant tout la surdité qui est intense, précoce.

A l'otoscopie, on note une perforation arrondie ou ovale à bords nets, entourée d'un liséré rouge. Elle est centrale ou antéro-inférieure. Cette perforation peut être multiple et, dans ce cas, la multiplicité tiendrait à la fonte de nombreux tubercules miliaires, disséminés sur la cloison tympanique. Enfin, on note une tendance extensive de la perforation par fonte des perforations isolées, contrairement à l'otite à pyogènes, dont la perforation initiale garde toujours identique sa dimension. La couleur du tympan est variable, du gris blanchâtre au rouge chair, suivant que prédomine le processus infiltrant ou inflammatoire. Un aspect particulier est la « myringite tuberculeuse », décrite par JORGEN MOELLER, constituée par des abcès multiples intralamellaires aboutissant à des abcès superficiels.

Si la perforation est assez large pour permettre l'examen de la caisse, on aperçoit des granulations, principalement au niveau du promontoire. Elles récidivent si on les curette. Rarement on aperçoit le promontoire recouvert d'une masse fibrinoïde : c'est l'exsudat fibrineux de BEZOLD-SCHEIDE. Cette lésion, d'ailleurs, n'ajoute aucun caractère de gravité, car elle peut disparaître sous l'influence du seul traitement antiseptique.

Parmi les autres signes objectifs, on notera l'engorgement non douloureux des ganglions périauriculaires, dont le plus caractéristique est celui du ganglion mastoïdien. Pour MILLIGAN, l'absence d'engorgement plaiderait contre le diagnostic de tuberculose.

On note des lésions du conduit auditif, sténose dans sa partie osseuse. S'il y a inoculation du conduit par les sécrétions tuberculeuses, on a alors affaire à une otite externe tuberculeuse.

Dans l'enfance, on voit fréquemment l'otite tuberculeuse se compliquer de mastoïdite dont on soupçonnera la nature par les caractères de l'os à l'intervention et la lenteur du processus de réparation.

En somme, l'otite tuberculeuse a des caractères nombreux qui ne lui appartiennent pas en propre. Ils peuvent même manquer et réaliser alors le tableau d'une otite aiguë banale passant à la chronicité.

TUBERCOLOSE INFLAMMATOIRE DE L'OREILLE

Cette forme décrite par MALHERBE réalise une otite un peu spéciale analogue au rhumatisme tuberculeux. Elle est considérée par lui comme relevant de la diathèse rhumatismale. Elle survient chez des sujets jeunes, présentant un tempérament lymphatique. GRADENIGO, en 1913, a particulièrement insisté sur la fréquence de la tuberculose dans les familles d'otoscléreux.

LES COMPLICATIONS

a) La paralysie faciale. — Ici encore, les opinions varient quant à sa fréquence. De 1 % dans la statistique de GRIVOT à 65 % dans celle de MILLIGAN. CEMACH donne le chiffre de 9,3 %. Elle survient surtout dans la nécrose du labyrinthe, puis dans l'ostéite du massif osseux du

facial. Il s'agit d'un processus de compression du nerf, plus que d'infection.

Le début de la paralysie est, en général, subit, au réveil; si l'origine est otitique, il peut être progressif, précédé de prodromes. La paralysie constituée est de nature périphérique. Il y a surtout intérêt à dépister les faibles degrés de paralysie faciale. Le pronostic de cette paralysie est fâcheux en lui-même et pour celui de l'otite concomitante;

b) La labyrinthite. — Cette atteinte est rare cliniquement. Elle n'est pas bruyante comme dans les otites banales. SCHLANDER, puis RAMADIER ont montré que même en présence d'une destruction labyrinthique avancée, on pouvait n'avoir que peu de symptômes fonctionnels, en particulier absence de nystagmus et de vertiges. Cette absence de symptomatologie serait due à la destruction rapide et à la mort du labyrinthe et non à la lenteur du processus destructif. La labyrinthite pourrait donner lieu à la méningite, quoique celle-ci soit plutôt admise comme ayant une origine hémotogène;

c) La nécrose du labyrinthe. — L'infection commence par la caisse, elle s'étend secondairement au promontoire qu'elle use. Puis la nécrose du labyrinthe s'explique par la périostite ou l'oblitération vasculaire (branche cochléenne de l'artère auditive interne). Les symptômes subjectifs de cette nécrose tuberculeuse sont à peu près nuls. On la soupçonnera dans une otite tuberculeuse lorsqu'il se produit un bourgeonnement intense au niveau du promontoire avec récurrence rapide des granulations après curetage. Au point de vue auditif, il

ne peut y avoir de sensation lorsque les deux labyrinthes sont détruits;

d) L'otorragie carotidienne. — La cause la plus fréquente en est l'ostéite tuberculeuse du rocher, c'est que « la paroi intérieure de la caisse, généralement indemne lors de la suppuration chronique banale de l'oreille moyenne, est, au contraire, rarement intacte au cours de l'otite tuberculeuse ». Pourquoi? Sans doute par l'infection ascendante de la trompe. La cloison osseuse séparant du canal carotidien est mince et l'on assiste à un travail de destruction sournois qui aboutit à la dénudation de l'artère. Puis, la carotide baignée par le pus va s'ulcérer (atteinte des *vasa vasorum*).

Quels sont les symptômes de cette otorragie carotidienne tuberculeuse? On ne reconnaît pas de cause apparente. Cependant, si l'on voit des battements artériels au niveau de la paroi antérieure de la caisse et s'ils se transmettent au pus on pourra soupçonner une déchirure imminente. Parfois, la déchirure ne sera visible qu'après un évidement pétromastoïdien. L'importance elle-même de l'hémorragie carotidienne sera variable : foudroyante ou, au contraire, minime suintement communiquant au pus une teinte roussâtre. La formation du caillot est sans doute favorisée par le coude qui existe au niveau de la carotide interne. L'hémorragie carotidienne pourra se compliquer d'accidents nerveux : hémiplégie ou monoplégie en particulier (comme le montre une observation de MARCE, 1873).

Ces accidents seraient dus à des causes multiples : caillots émigrés dont on n'a, d'ailleurs, jamais retrouvé les traces au cours des nécropsies, chute de la pression sanguine due à

l'hémorragie, à laquelle se surajoute un spasme artériel réflexe. On ne confondra pas ces hémorragies carotidiennes avec les hémorragies venant de la méningée moyenne ou avec les hémorragies veineuses. Quel traitement opposer à cet accident? Un provisoire. Le tamponnement par le conduit auditif et la compression de la carotide interne. Un définitif, la ligature de cette artère ou de la carotide primitive. Enfin, un traitement préventif, l'évidement pétromastoïdien qui s'oppose à la stagnation du pus;

e) La pétrosite. — Complication rare de l'otite banale, elle est ici assez fréquente. Il faut insister sur la coexistence de cette ostéite du rocher et du terrain tuberculeux (surtout la tuberculose pulmonaire). Parfois, aux lésions osseuses s'associent des lésions de pachyméningite, de même que dans le mal de POTT, on note de la pachyméningite rachidienne. Très souvent d'ailleurs, la dure-mère est intacte malgré des lésions osseuses avancées.

Les symptômes de cette pétrosite peuvent schématiquement se présenter de trois manières différentes : a) ou bien les lésions sont complètement latentes; b) ou bien on note une otorragie carotidienne, de la surdité labyrinthique, une paralysie faciale; c) ou bien la symptomatologie si bien décrite par RAMADIER dans l'otite banale. L'évolution de cette pétrosite est généralement grave;

f) Thrombose du sinus latéral. — Nous en avons un cas d'URBANTSCHITSCH, présenté à la Société Autrichienne d'Otologie en 1924. La lumière du sinus latéral était complètement obstruée par un vaste thrombus contenant des streptocoques et des staphylocoques;

g) Complications intra-craniennes. — C'est avant tout la méningite. Exceptionnellement, l'abcès du cerveau. On a même prétendu que l'otite banale faisait le lit de la méningite tuberculeuse, en raison de l'hyperhémie méningée entretenue par l'otite, qui est capable de favoriser secondairement la fixation du bacille de Koch.

La tableau clinique est celui de la méningite basilaire. On a invoqué à cette méningite une origine hématogène ou bien une origine labyrinthique. Dans ce dernier cas, l'intermédiaire entre la labyrinthite et la méningite serait l'aqueduc du limaçon. La méningite se présente sous la forme d'une pachyméningite ou d'un tuberculome qui peut atteindre de grandes dimensions (dans l'observation de COLLET et de CHARACHON, un énorme fungus faisait saillie dans la fosse cérébrale moyenne et dans la fosse cérébelleuse). Ces tuberculomes sont justiciables d'un traitement chirurgical, car ils n'ont pas la tendance envahissante du gliome. Toutefois, ils peuvent subir le ramollissement, ce qui peut les faire confondre avec des abcès tuberculeux. SANTALO signale un cas d'abcès tuberculeux du lobe temporal droit consécutif à une otite tuberculeuse.

Nous ne ferons que mentionner le tubercule solitaire du nerf acoustique pouvant intéresser aussi le facial.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic des otites survenant chez des tuberculeux se basera sur les antécédents tuberculeux du malade, personnels, héréditaires, sur les lésions tuberculeuses concomitantes pulmonaires surtout et sur un ensemble de signes dont

l'ensemble constitue un faisceau de preuves en faveur de la nature tuberculeuse de l'otite, quoique ces signes pris en particulier puissent être observés dans d'autres otites. Ces signes sont : l'insidiosité du début, c'est une otite chronique d'emblée; parfois une paralysie faciale; la fétidité de la sécrétion, la présence de débris caséux au lavage, la multiplicité des perforations tympaniques, la présence de tubercules sur le tympan, la dénudation osseuse, en particulier au niveau du promontoire, la présence d'abondantes granulations dans la caisse de ganglions périauriculaires, la constatation d'une fistule du conduit, la douleur à la pression de la mastoïde, la présence de fistules mastoïdiennes, la constatation de séquestres mobiles, la lenteur de réparation de la plaie après intervention.

CEMACH donne une classification intéressante en trois catégories d'importance décroissante quant aux symptômes subjectifs.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La plupart des otites tuberculeuses évoluent de façon torpide, sans rien changer au pronostic de la tuberculose pulmonaire. Pourtant, l'apparition d'une otite chez un tuberculeux indique un fléchissement dans l'état général. On se fondera pour apprécier l'évolution sur plusieurs éléments :

a) Les renseignements tirés de l'examen local. La vie du malade devient en danger le jour où l'on constate des lésions osseuses, l'ostéite fongueuse étant moins redoutable que les lésions nécrosantes avec séquestres;

b) L'état pulmonaire. Les lésions fibreuses seront plus favorables que les lésions ulcéreuses et permettront d'espérer la guérison de l'ostéite du rocher après intervention chirurgicale.

Mais, comme le dit COLLET dans son rapport, dont nous nous inspirons largement dans cette thèse « on ne constate pas dans le cas de l'otite l'étroite solidarité qui existe entre les lésions pulmonaires et laryngées, c'est ainsi qu'on observe guère comme pour le larynx la guérison de l'otite en quelques semaines après pneumothorax artificiel » ;

c) L'état général. On se fondera sur l'étude du poids, de la température, du pouls, de la tension artérielle ;

d) On ne négligera pas non plus les réactions biologiques (en particulier la vitesse de sédimentation des globules rouges, la cutiréaction qui est d'un fâcheux pronostic lorsqu'elle devient négative chez un tuberculeux évolutif) ;

e) Enfin, comme le montre CEMACH, la grossesse a une influence fâcheuse sur l'otorrhée tuberculeuse, son interruption ayant amené une guérison spontanée.

II. — LA TUBERCULOSE AURICULAIRE EN DEHORS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Nous allons montrer comment des otites aiguës ou sub-aiguës tuberculeuses évoluent comme des otites banales, la preuve de leur nature tuberculeuse étant seulement bien établie et indiscutable en raison de l'inoculation au cobaye pratiquée.

Quels sont les caractères de ces otites ?

Selon les données anciennes : insidiosité et lenteur du début. Absence de fièvre et de douleur, multiplicité des perforations tympaniques, surdité importante, fréquence des complications (labyrinthite, paralysie faciale). L'intervention est dangereuse en raison de la généralisation tuberculeuse qu'elle peut entraîner. Pour Collet, toutes ces notions doivent être inversées, et c'est pour lui « un fait véritablement surprenant que pour décrire dans sa forme habituelle une affection aussi banale que la tuberculose de l'oreille, il suffise de prendre mot pour mot le contre-pied de la description courante ».

Contrairement à l'opinion classique, le début de la tuberculose auriculaire se ferait brutalement à la suite d'un épisode rhinopharyngé, comme dans une otite banale (abcès rétropharyngé, rougeole et même, selon CHASSAIGNAC, un violent rhume de cerveau).

Une observation du Professeur TERRACOL montre une jeune malade opérée d'une double mastoïdectomie, et la biopsie pratiquée sur les fongosités a révélé des follicules de Koester typiques avec cellules géantes, la maladie ayant présenté une allure aiguë.

Au point de vue otoscopique, l'image de ces otites est celle d'une otite aiguë avec tympan rouge, bombé, infiltré. Une perforation apparaît bientôt qui va grandir de jour en jour, présentant les caractères d'une otite nécrosante. A travers la perforation vont apparaître précocement des bourgeons pâles.

L'examen de l'audition montre que les troubles sont remarquables par leur intensité, leur précocité et également leur type labyrinthique, selon LERMOYEZ. En réalité, il semble qu'il s'agisse d'une surdité de transmission plus que d'une surdité labyrinthique.

Les complications ne sont pas celles de l'otite tuberculeuse survenant sur un terrain tuberculeux.

La paralysie faciale, plus fréquente toutefois que dans l'otite banale, semble ici assez rare. De même les complications intracrâniennes, ce qui s'explique mal d'ailleurs, toutes les conditions s'associant ici pour leur éclosion.

Cependant, deux complications sont fréquentes de la tuberculose primitive de l'oreille. Ce sont :

a) La mastoïdite tuberculeuse qui complique l'otite tuberculeuse beaucoup plus que l'otite banale. Elle succède à une otite moyenne suppurée malgré les cas indiscutables décrits par JACQUES et GRAULT de mastoïdites primitives.

Quelle est la symptomatologie de cette mastoïdite tuberculeuse? En règle, l'allure de la maladie est franchement aiguë. Il ne faut pas rechercher dans l'allure torpide de la maladie un caractère en faveur de la bacillose et cette allure aiguë est, pour COLLET, aussi fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Cependant, à côté de cette forme aiguë, de beaucoup la plus fréquente, il existe des formes subaiguës et des formes torpides. Tout comme dans la mastoïdite banale, il est des formes où l'on intervenait dès la première semaine de l'otite, d'autres où l'intervention ne s'impose qu'à la troisième semaine; mais, dans les mastoïdites tuberculeuses, il

en est qui ont une évolution encore plus retardée (plusieurs mois après l'otite initiale). L'aspect des lésions à l'intervention est pourtant caractéristique. On note la présence de séquestres qui prend une grosse valeur lorsqu'on peut éliminer les autres oto-mastoïdites donnant des séquestres (rougeole, scarlatine, diphtérie).

On rencontre des masses caséeuses que l'on curette et qu'il ne faudra pas confondre avec le cholesthéatome. Bien souvent d'ailleurs, rien ne distingue les lésions de la mastoïdite tuberculeuse de celles de la mastoïdite banale, et combien d'inoculations pratiquées avec des fongosités se sont révélées négatives!

L'évolution pourtant va montrer la nature tuberculeuse de la mastoïdite : pâleur légère du malade, état subfébrile persistant, léger amaigrissement, adénopathie cervicale. Bref, le malade n'entre pas en convalescence comme dans une maladie aiguë. De plus, la cicatrisation de la plaie opératoire se fait lentement. L'action de l'héliothérapie et des rayons U.V. même sur cette plaie atone n'a qu'une action minime. Comme le dit COLLET, « la lenteur de la cicatrisation reste le meilleur symptôme de la tuberculose de la mastoïdite, le seul qui soit à peu près constant : seize fois sur dix-huit ». Parfois, en raison des récidives, on aura recours à l'évidement pétromastoïdien, et il est rare qu'on n'ait pas un bon résultat final;

b) L'otorrhée chronique est également une complication fréquente de cette forme d'otite tuberculeuse. Elle ne se distingue en rien de l'otorrhée chronique banale. L'aspect du tympan n'a rien de particulier, et même le cas de perforations

multiples de LARROUDE ne saurait avoir une valeur caractéristique.

Comment dépister ces otites tuberculeuses primitives ou en apparence telles?

Il faut renoncer à tous les signes classiques. La seule distinction n'est pas clinique, mais bactériologique : présence de bacilles tuberculeux dans l'écoulement auriculaire. De plus, on aura toujours présente à la mémoire cette notion que la bacillose auriculaire... est surtout fréquente chez le nourrisson et chez l'enfant.

En outre, le diagnostic de bacillose s'appuiera sur la notion des antécédents, du contagé familial, sur le passage de l'otite à la chronicité. Il est très probable qu'en l'absence d'inoculations, nombre d'otites tuberculeuses sont passées et passeront inaperçues. En somme, il n'est pas de diagnostic différentiel sinon la spécificité (on se fondera sur le traitement d'épreuve généralement associé au traitement chirurgical, ainsi que sur l'examen histopathologique).

Quel est le pronostic de ces otites tuberculeuses primitives?

a) Localement, on craindra surtout le passage à la chronicité beaucoup plus que les complications locales. On redoutera particulièrement la mastoïdite;

b) Le pronostic vital est moins grave qu'on ne le pense, étant donné la rareté des complications intracrâniennes. Il n'est pas de signe particulier, à l'inverse de ce qu'a affirmé LERMOYEZ, qui permette de préjuger de l'évolution fatale de l'affection;

c) Le pronostic éloigné n'est pas non plus aussi sombre qu'on se l'était imaginé. Sans doute le malade peut-il toujours subir une nouvelle localisation tuberculeuse (adénopathie cervicale, hydarthrose du genou, etc...).

Donc l'otite tuberculeuse crée plus que l'otite banale des lésions osseuses dont la guérison, presque toujours obtenue, est longue. Parfois même l'apparition de la fistule apparaît inévitable. Cependant, comme l'écrit OMBREDANNE, l'otite ou la mastoïdite tuberculeuse « se comporte au point de vue opératoire comme un foyer de tuberculose osseuse unique et limité, guérissable par la résection chirurgicale ».

Le pronostic, sûrement plus sérieux que dans l'otite banale, n'est cependant pas mauvais.

Diagnostic bactériologique et histologique

C'est sur le seul critère bactériologique qu'on pourra affirmer le diagnostic de tuberculose auriculaire. On aura des surprises bien souvent : absence de lésions tuberculeuses en présence d'otites qui, cliniquement, se présentaient comme tuberculeuses et, au contraire, lésions tuberculeuses qui ne purent être découvertes qu'à la faveur d'examens anatomo-pathologiques systématiques.

La recherche directe du B. K. s'est révélée insuffisante.

L'homogénéisation, en cherchant à obtenir le plus de pus possible donne déjà de meilleurs résultats : toutefois, on ne confondra pas le B. K. avec les bacilles acido-résistants et l'on saura que l'on peut rencontrer, au cours des examens, des bacilles de Koch non pathogènes.

L'inoculation fournit de précieux résultats.

La recherche des B. K. par la méthode de LOEWENSTEIN n'est pas universellement utilisée. Et pourtant, c'est un procédé très sensible.

L'examen histologique, s'il est très précieux, n'est pas suffisant en lui-même. NICOLAS et FAVRE ont, en effet, montré en 1907 que certaines lésions de syphilis tertiaire étaient susceptibles de fournir des images analogues à celles de la bacil-

lose. En somme, pour démontrer la nature tuberculeuse d'un follicule, il faut trouver le B. K. D'autre part, il existe des lésions pourtant tuberculeuses qui ne donnent à l'examen histologique que « des lésions inflammatoires chroniques sans aucun caractère spécifique ».

On a proposé l'injection focale de tuberculine (CEMACH) : il faut savoir que si une réaction positive plaide en faveur de la bacillose, on ne peut tirer aucune conclusion d'une réaction négative. L'intérêt de cette réaction, de même que celui des réactions sérologiques, est de déceler la primo-infection tuberculeuse.

Radiographie

Elle constitue, pour THIEPONT D'ANVERS « pour le diagnostic des otites de forme tuberculeuse le moyen le plus sûr d'examen ».

Pour COLLET, elle permet de préciser l'extension osseuse et non la nature tuberculeuse de l'otite. La trabéculatation osseuse de la mastoïde s'estompe et l'ensemble devient plus transparent. La table interne s'exprime par une ligne circonscrivant le bord supérieur du rocher. On notera aussi des processus de régénération qui peuvent se réinfecter et donner lieu à des séquestres, ou bien, au contraire, se scléroser et se traduire alors par une mastoïde éburnée.

Pathogénie

Etudions maintenant la genèse de l'otite tuberculeuse. Deux voies d'inoculation sont discutées : la voie sanguine, la voie tubaire. Il y a lieu d'étudier la genèse de la bacillose auriculaire chez deux catégories de sujets :

a) Les tuberculeux pulmonaires. Ici, l'inoculation se fait par la trompe béante, en raison de l'expectoration abondante et bacillifère. En somme, on a affaire à une inoculation analogue à celle de la tuberculose laryngée;

b) En dehors de la tuberculose pulmonaire. Anciennement, on admettait la voie tubaire : on citait comme preuve qu'une tuberculose isolée du rocher n'avait jamais été rencontrée et que, au contraire, il existait toujours des lésions tubaires. A l'heure actuelle, on admet la voie sanguine, ce qui cadre d'ailleurs avec les notions aujourd'hui admises sur la bacillose considérée comme une « septicémie chronique à rechutes ».

Les preuves données à l'appui de cette origine hématogène ne semblent pas convaincantes. En effet, si l'origine hématogène était certaine, l'atteinte de l'os serait toujours primitive. Or, il semble, au contraire, que les lésions osseuses et de la caisse soient toujours secondaires. Pour COLLET, « l'otite tuberculeuse est une infection mixte à pyogènes et à B. K. d'origine rhinopharyngée. Le rôle des pyogènes étant de désorganiser la défense locale contre le B. K. L'infection

se ferait alors par voie lymphatique, bien qu'on connaisse mal les rapports des lymphatiques de la caisse avec les autres courants lymphatiques ».

Ainsi donc, il existe plusieurs voies d'inoculations : la trompe, la circulation sanguine, la voie lymphatique. A chaque mode d'invasion correspond une forme anatomo-clinique spéciale :

Par la trompe, c'est la muqueuse qui est inoculée.

Par la voie sanguine, c'est l'os.

Par la voie lymphatique, c'est une otite aiguë banale après infection rhinopharyngée. D'où la ressemblance entre certaines otites tuberculeuses et l'otite aiguë banale, par suite l'absence de fondement de la distinction entre ces deux variétés.

Il semble que l'otite tuberculeuse doive être placée dans le cycle de l'infection tuberculeuse. Elle peut survenir à tous les stades de la bacillose : comme primo-infection, à la période secondaire, et c'est le cas le plus fréquent, ou bien comme lésion tertiaire associée à une tuberculose pulmonaire évolutive.

Traitement

Il ne faut pas négliger l'arme chirurgicale, car il existe des formes primaires où elle est vraiment efficace.

Etudions d'abord les moyens d'action. Comme il s'agit de tuberculeux, il ne faudra jamais négliger la cure hygiéno-diététique, qui est capitale.

Parmi les médicaments : les sels d'or, le rubrophène (trimétoxy-dioxy-oxotritane). L'antigène méthylique sera utilisée comme adjuvant. Des essais concluants ont été faits en Allemagne et en Italie avec la tuberculine.

Localement, ce sera le traitement de l'otite banale, en sachant qu'aucun des médicaments proposés n'est vraiment spécifique (iodoforme, acide chromique, nitrate d'argent, etc.). On pratiquera l'héliothérapie locale qui fait diminuer la suppuration et favorise l'épidermisation (elle sera d'autant plus efficace qu'une intervention aura été pratiquée agrandissant les voies de pénétration des rayons et enlevant la majorité des éléments pathogènes).

Là où le soleil est rare, on pratiquera l'actinothérapie artificielle. URBANTSCHITSCH a obtenu, en Allemagne, d'excellents résultats avec la radiothérapie que ne contre-indique pas d'existence d'infections associées.

Reste l'intervention chirurgicale que nous allons étudier plus loin.

Les indications thérapeutiques se posent différemment suivant qu'il s'agit :

a) De tuberculeux pulmonaires. Ici, il faut étudier tout particulièrement la résistance du malade. Opérer, c'est enlever la lésion tuberculeuse, mais c'est aussi ouvrir des espaces sains à l'infection et encourir des risques nouveaux d'ensemencement. Il est des cas où l'intervention sera nécessaire (menace vitale). D'autres fois, on discutera seulement l'opportunité d'une intervention (fongosités récidivantes, écoulement trop fétide). On sera d'autant plus interventionniste que la tendance envahissante du processus pathogène sera grande et l'état général du malade meilleur ;

b) Si la tuberculose auriculaire est primitive. Ici, bien souvent, on ne pose le diagnostic de bacillose qu'à l'intervention, à l'examen direct des lésions. On opère beaucoup de mastoïdites tuberculeuses en croyant avoir affaire à des mastoïdites banales.

Quant aux otites chroniques, le diagnostic d'intervention est le même que celui des otorrhées banales.

En somme, à part les otites des tuberculeux avérés, les indications sont les mêmes que pour les otites banales, avec cette différence qu'on prêterà une attention toute particulière aux soins post-opératoires.

Conclusions

En somme, on peut se demander pourquoi le bacille de Koch, qui aime peu les épithéliums et les os plats, se fixe volontiers sur les parois osseuses de la caisse.

On opposera les otites tuberculeuses survenant chez des tuberculeux avérés, qui ne sont qu'une complication au même titre que la laryngite, à l'otite survenant sur un terrain exempt de tuberculose et qui se présente alors comme un processus de primo-infection avec, comme preuve, le jeune âge des malades (fréquence méconnue des otites tuberculeuses de l'enfance), parfois le virage de la cutiréaction qui, de négative, devient positive.

Nous insistons sur l'allure de mastoïdite banale revêtue par la mastoïdite tuberculeuse. L'allure de la maladie est franchement aiguë et bien souvent le diagnostic n'est redressé qu'après inoculation et examens anatomo-pathologiques.

On insistera sur la difficulté du diagnostic de bacillose d'une otorrhée chronique. Les signes classiques invoqués n'ont pas leur valeur, surtout pris isolément. Réunis, ils constituent un faisceau de preuves dont l'ensemble fournira seulement une probabilité, la certitude n'étant donnée que par le laboratoire.

Notons aussi l'utilité, reconnue depuis peu, de la radiographie, qui permet de suivre l'évolution osseuse des lésions tuberculeuses mastoïdiennes.

L'otite tuberculeuse semble devoir être placée dans le cycle évolutif de la bacillose. Elle peut, en effet, survenir à ses trois périodes : comme primo-infection, comme infection secondaire, comme lésion tertiaire.

Quant au traitement, il faut savoir que nombre d'otomastoïdites opérées chez des sujets exempts de tuberculose guérissent fort bien, le diagnostic de bacillose n'étant reconnu, nous l'avons dit, qu'à l'examen des seules pièces anatomiques.

NOTA. — Nous n'avons pas cru nécessaire de faire de bibliographie, une récente et complète se trouvant dans le rapport fait par MM. COLLET et MAYOUX, au Congrès de 1938 de la Société Française d'O. R. L. Il ne pourrait s'agir que d'une redite.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY.

Vu, le Doyen :

TIFFENEAU.